

Numéro national d'identité : ..... - (Dix chiffres)

Nom : .....

Lieu de travail / adresse : .....

Téléphone : ..... Mobile : .....

## Déclaration de santé concernant la tuberculose chez les femmes enceintes

Mettez une croix dans la case ou les cases appropriées.

1. Avez-vous un ou plusieurs des symptômes suivants ?

- Toux prolongée pendant plus de 6 semaines  
 Fièvre  
 Amaigrissement, plus de 5 kg pendant 6 mois  
 Non, je n'ai aucun des symptômes ci-dessus

2. Avez-vous eu la tuberculose ?

- Oui  Non  Je ne sais pas

3. Un membre de la famille ou une autre personne proche a-t-elle eu la tuberculose ou a-t-elle subi un contrôle en raison d'une suspicion de tuberculose ?

- Oui  Non  Je ne sais pas

Si oui, qui et quand ? \_\_\_\_\_

4. Êtes-vous né en dehors de la Suède ?

- Oui  Non

Si oui, dans quel pays et combien de temps êtes-vous restée dans votre pays de naissance ?

5. Avez-vous vécu pendant une longue période (plus de trois mois) dans un pays en dehors de l'Europe occidentale / Amérique du Nord / Australie ?

- Oui  Non

Si oui, où et pendant combien de temps ? \_\_\_\_\_

6. Avez-vous été vacciné par le vaccin BCG ?

- Oui  Non  Je ne sais pas

Si oui, savez-vous où et quand ? \_\_\_\_\_